

Målinger til Sikkert Patientflow

September 2014

Indhold

Indledning	3
Forbedringsmodellen og fastlæggelse af lokale mål	4
Generelt om forbedringsdata	4
Overblik over målinger.....	5
Procesindikatorer.....	5
Resultatindikatorer	5
Strukturindikator.....	5
Ulempeindikator	5
Plan for dataindsamling	6
Beskrivelse af de enkelte indikatorer og dataindsamlingen.....	6
Forklaring på forkortelser og overblik over dataindsamlingsmetoder.....	6
Procesindikatorer.....	7
1. Andel af patienter i et afsnit med stillingtagen til udskrivelse (T → KK).....	7
2. Andel afholdte kapacitetskonferencer (KK)	7
3. Andel af afsnit, som har daglig proces for vurdering af kapacitet (T → KK).....	8
Resultatindikatorer	8
4. Ventetid på en flaskehals for diagnostik og behandling (PAS/Man).....	8
5. Ventetid på overflytning fra akutafdelingen til en sengeafdeling (PAS/Man)	9
6. Antal sengedage med patienter i 'låneseng' (T → KK).....	10
7. Andel sengeafdelinger med overbelægning (T → KK).....	11
8. Forudsigelighed af gårsdagens plan ('forudsigelighedsprocenten') (T → KK)	12
9. Patientoplevelser af ventetid under indlæggelse (Afv.).....	12
10. Medarbejderoplevelser af arbejdsmiljø i akutmodtagelsen (Afv.)	12
Strukturindikator.....	13
11. Antal månedlige indlæggelser på sygehuset (PAS)	13
Ulempeindikator	13
12. Andel patienter, der genindlægges indenfor 30 dage (PAS)	13

Indledning

Sikkert Patientflow er et toårigt forbedringsprojekt finansieret af regionerne, Danske Regioner og Trygfonden. Projektet sekretariatsbetjenes af Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Formålet med denne målestrategi er detaljeret at beskrive de målinger (indikatorer), der skal understøtte forbedringsarbejdet inkl. definitioner, datakilder og dataindsamling. Målgruppen for dokumentet er de 12 projektsygehuses ledelser, projektledere og dataansvarlige.

Ved at styrke sammenhængen på sygehusene er det projektets overordnede mål at medvirke til, at den rigtige patient er i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt. I et patientperspektiv er det målet at sikre, at den enkelte patient oplever et sikkert og sammenhængende indlæggelsesforløb af høj kvalitet uden unødigt ventetid.

Med udgangspunkt i projektets overordnede mål, er det projektets konkrete mål, at

- De 12 projektsygehuse danner nationale erfaringsnetværk, der kan medvirke til en hurtig og konkret erfaringsudveksling om løsning af flowproblemer på tværs
- De 12 projektsygehuse anvender metoder, der kan afdække spild på sygehussengeafdelinger
- De 12 projektsygehuse anvender metoder, der kan afdække indlagte patienters oplevelser af flow og ventetid
- De 12 projektsygehuse opnår erfaring med praktisk anvendelse af forbedringsmodellen samt tidstro indsamling af forbedringsdata
- De 12 projektsygehuse udvælger mindst en flaskehals, fastlægger ambitiøse mål for reduktion i ventetid i projektperioden samt rapporterer månedligt om ventetid mhp. feedback fra Dansk Selskab for Patientsikkerheds (DSFP) forbedringsteam

Som led i projektet fastlægger hvert af de 12 projektsygehuse i forbindelse med andet læringsseminar i september 2014 egne ambitiøse og konkrete mål for, hvad de ønsker at opnå i projektperioden frem til projektets afslutning 31.12.2015.

Denne målestrategi er godkendt af styregruppen i september 2014. Inden da har målingerne – for at sikre forståelighed og relevans - været testet på alle projektsygehuse i maj til september 2014. Målestrategien er fastlagt på baggrund heraf samt på baggrund af en høring blandt de lokale projektteams.

Generelle oplysninger om projektet samt den til enhver tid gældende version af målestrategien er tilgængelig på www.sikkertpatientflow.dk, hvor der også findes en begrebsliste.

Spørgsmål om projektet kan rettes til sikkertpatientflow@patientsikkerhed.dk.

Forbedringsmodellen og fastlæggelse af lokale mål

I gennembrudsprojekter fastlægges ambitiøse mål, der kun kan opnås gennem en reel forbedring af arbejdsgange. Forbedringsmodellen anbefaler, at man så vidt muligt altid opstiller numeriske mål for forbedringsinitiativer, og at man fastsætter en tidsramme (*'How much by when?'*).

Et mål kan formuleres som absolut (*'Målet for X-købing Sygehus er at nedbringe ventetiden på overflytning mellem akutmodtagelse og Medicinsk Afdeling X inden 31.12.2015 fra fire til maksimum tre timer'*) eller som relativt (fx *'Målet for X-købing Sygehus er at nedbringe ventetiden på overflytning fra akutmodtagelsen til Medicinsk Afdeling X på 25 pct. inden 31.12.2015'*).

Når et team har fastlagt egne lokale mål udvælges samtidig – og i samråd med forbedringsteamet fra DSFP – de målinger, der kan vise om målet er nået.

I den første aktionsperiode (perioden mellem læringsseminar 1 og 2 (fra marts til september 2014)) har de enkelte teams afdækket flaskehalse og arbejdet med at udvikle en prototype for daglig tidstro kapacitetshåndtering på både afdelings- og sygehusniveau. Denne indsats danner grundlag for at teamet sammen kan fastlægge egne mål ved en mål-sætnings-session (eng.: *'aim setting session'*), der finder sted på andet læringsseminar (LS2). Det er disse mål forbedringsteamet i DSFP hjælper projektsygehusene til at opnå i løbet af projektperioden (frem til 31.12.2015.).

Når et team har fastlagt mål og målinger kan det besluttes, hvilken forandringsstrategi der skal anvendes for at opnå målene. Til Sikkert Patientflow hører 'Flowpakken', der beskriver, hvordan tavlemøder, kapacitetskonference og en flowstyregruppe kan medvirke til at sikre daglig håndtering af sygehuskapaciteten.

Generelt om forbedringsdata

Hensigten, med at måle på de forandringer et forbedringsprojekt medfører, er at vise de forbedringer, der sker, efterhånden som forandringerne indarbejdes i de daglige rutiner. Indsamlingen af data sker lokalt på den enhed, der arbejder med pakken. Indsamlingen af data sker typisk med hyppige - fx daglige - små stikprøver. Målingerne gør det muligt for det team, der arbejder med pakken, hele tiden at følge med i, om deres indsats har effekt.

Til at følge forbedringerne benyttes en indikator, dvs. en målbar variabel, der afspejler kvaliteten. Der findes en række indikator-typer:

- *Resultatindikatorer* viser effekten for patienterne, fx *'ventetid på en given indsats'*
- *Procesindikatorer* siger noget om, hvorvidt de forandringer projektet rummer, og som ifølge forandringsteorien skal medvirke til at lede frem til de opsatte resultatmål, bliver udført fx *'andel af patienter med et udskrivningstidspunkt'*
- *Ulempeindikatorer* anvendes til at sikre, at elementerne i pakken ikke fører til samtidige uforudsete negative konsekvenser for patienterne fx en øgning i *'andel af patienter der genindlægges'*

- *Strukturindikatorer* anvendes til at sikre, at forudsætningerne for forbedringsprojektet ikke ændrer sig væsentligt i projektperioden fx 'Antal månedlige akutte og elektive indlæggelser på sygehuset'.

De enkelte teams udvælger hver en dataansvarlig, der sammen med den lokale projektleder er ansvarlig for rapportering af data (i form af 'månedssrapporter') til deres sygehusledelser og andre relevante personer i deres organisation. Månedssrapporterne udarbejdes på den platform, *Extranet*, der stilles til rådighed i projektet, og som giver sekretariatet i DSFP mulighed for at følge projektet og guide sygehusene til at nå deres mål.

Generelt gælder det, at data registreres dagligt, opgøres ugentligt og rapporteres månedligt. Tanken med at opgøre data ugentligt er, at man hurtigere har mulighed for at analysere, hvad årsagen til en evt. afvigelse (positiv eller negativ) er. Kigger man kun på data månedligt kan man miste værdifuld information om de lokale processer.

I forbedringsprojekter skal metoder til dataindsamling i sig selv underkastes afprøvninger, så data indsamles så hensigtsmæssigt som muligt og med så lille arbejdsindsats for teamet som muligt. Derved kan teamets kræfter bruges på at skabe forbedringer i klinisk praksis.

Overblik over målinger

Procesindikatorer

1. Andel af patienter i et afsnit med stillingtagen til udskrivelse
2. Andel afholdte kapacitetskonferencer
3. Andel af afsnit, som har daglig proces for vurdering af kapacitet

Resultatindikatorer

4. Ventetid på en flaskehals for diagnostik og behandling
5. Ventetid på overflytning fra akutafdelingen til en sengeafdeling
6. Antal senge dage med patienter i 'låneseng'
7. Andel sengeafdelinger med overbelægning
8. Forudsigelighed af gårsdagens plan ('forudsigelighedsprocenten')
9. Patientoplevelser af ventetid under indlæggelse
10. Medarbejderoplevelser af arbejdsmiljø i akutmodtagelsen

Strukturindikator

11. Antal månedlige akutte og elektive indlæggelser på sygehuset

Ulempeindikator

12. Andel patienter, der genindlægges indenfor 30 dage

De enkelte indikatorer gennemgås i detaljer sidst i dokumentet.

Plan for dataindsamling

I **forberedelsesfasen** op til første læringsseminar i marts 2014 indsamlede teamene data om akutmodtagelsernes drift.

I **første aktionsperiode** (mellem første og andet læringsseminar (marts – september 2014)) har projektsygehusene haft til mål at afprøve en prototype for tavlemøder og kapacitetskonferencer (for nærmere forklaring af disse og andre begreber henvises til www.sikkertpatientflow.dk). Samtidig har projektsygehusene afprøvet metoder til dataindsamling af de øvrige indikatorer (fraset indikatorerne vedr. patient- og medarbejderoplevelser, der har afventet nærmere afklaring). Resultatet af denne pilotafprøvningen har været, at data kun i begrænset omfang kan genereres automatisk fra IT-systemerne og derfor i høj grad må baseres på manuel optælling. Dette er i modsætning til internationalt, hvor patientflow-data i høj grad genereres fra 'bed planning modules' i de patientadministrative systemer.

På **andet læringsseminar** i september 2014 fastlægger alle projektsygehusene egne mål for projektet.

I **anden aktionsperiode** (dvs. mellem andet og tredje læringsseminar (september 2014 – marts 2015)) arbejder teamene sig frem mod egne mål.

I denne periode udvikler DSFP også rammer for indsamling af data om patient- og medarbejderoplevelser i projektet. Sygehusene får nærmere information om metoder til indsamling af disse data, når metoderne ligger klar.

Der er til projektet udviklet et excelark, der kan understøtte daglig, ugentlig og månedlig datahåndtering. Der er desuden etableret en database på IHI's Extranet, hvor projektlederen forventes månedligt at rapportere data til. Der har alle teams adgang til at se hinandens data.

Målinger fører ikke i sig selv til forbedringer, men kræver opfølgning og handling. Det er op til det enkelte team at fastlægge intern afrapportering til styregruppe/sygehusledelse for derved at sikre lokal succes. Principperne for ledelsesinvolvering i forbedringsprojekter er nærmere beskrevet i 'Idékatalog: Forbedringsledelse', der kan downloades fra www.sikkertpatientflow.dk.

Beskrivelse af de enkelte indikatorer og dataindsamlingen

Herunder beskrives en række indikatorer, der er relevante i forhold til flowprojekter, i detaljer.

NB! Idet sygehusene er forskellige og patienterne derfor kan opleve forskellige flaskehalse, bør der altid ske en lokal analyse af, i hvilket omfang en måling er relevant og om der er behov for lokal tilpasning af, hvordan data indsamles. Dette kan forbedringsteamet i DSFP medvirke til.

En række af indikatorerne er markeret som obligatoriske. Dette skal altid ses i lyset af de mål sygehuset har opstillet for deres arbejde med flow. Initialt anbefales det dog, at alle sygehusene i projektet indsamler data om deres baseline-niveau for de enkelte målinger, da det kan medvirke til at be- eller afkræfte flaskehalse.

Forklaring på forkortelser og overblik over dataindsamlingsmetoder

T/KK: Data kan indsamles på tavlemøder og kapacitetskonferencen (I alt 6)

PAS: Data indsamles fra patientadministrative systemer (mellem 2 og 4 afhængig af systemerne)

Man: Data indsamles manuelt (evt. som stikprøve) (I alt 0-2 afhængig af systemerne)

Afv.: Metode til dataindsamling afventer nærmere afklaring (data skal ikke indsamles før der foreligger afklaring) (I alt 2)

Procesindikatorer

1. Andel af patienter i et afsnit med stillingtagen til udskrivelse (T → KK)

Type	Procesindikator
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk
Målsætning	95 pct.
Tællerdefinition	De af patienterne i nævneren, der på oversigtstavlen enten har <ol style="list-style-type: none"> 1) En udskrivningsdato anført (inkl. udskrivningsklokkeslet, hvis udskrivningsdatoen er dags dato) <i>eller</i> 2) En dato for overflytning (inkl. overflytningsklokkeslet, hvis overflytningsdatoen er dags dato) <i>eller</i> 3) En angivelse af at udskrivningsplanlægning ikke er mulig af etiske årsager (fx hos patienter i terminale forløb)
Nævnerdefinition	Alle patienter i et givet afsnit
Datakilder	Manuel optælling af alle patienter v. 'person-der-skal-til-kapacitetskonference' på afsnittets patientoversigtstavle efter dagens tavlemøde. Andre dataindsamlingsmetoder og datakilder som fx elektroniske patientoversigtstavler kan anvendes, hvor de forefindes.
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt på afsnitsniveau og medbringes af den person, der går til kapacitetskonference. Data opgøres ugentligt og rapporteres månedligt.
SPC diagram	Seriediagram

2. Andel afholdte kapacitetskonferencer (KK)

Type	Procesindikator
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk
Målsætning	100 pct.
Tællerdefinition	De faktisk afholdte kapacitetskonferencer
Nævnerdefinition	Alle de mulige kapacitetskonferencer jf. lokal projektplan (fx alle hverdage eller alle dage)
Datakilder	Manuel optælling v. den ansvarlige for dagens kapacitetskonference
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt på sygehusniveau, opgøres pr. uge og rapporteres månedligt.

SPC diagram	Seriediagram
-------------	--------------

3. Andel af afsnit, som har daglig proces for vurdering af kapacitet (T → KK)

Type	Procesindikator
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk
Målsætning	100 pct.
Tællerdefinition	De af nævneren, der giver daglig feedback på kapacitetskonferencen om <ul style="list-style-type: none"> • Dagens kapacitet i afsnittet og forventede antal udskrivinger • De faktiske udskrivinger dagen før • Andel patienter med stillingtagen til udskrivelse (se indikator 1) • Antal patienter i lånesenge (se indikator nr. 6)
Nævnerdefinition	Alle afdelinger, der ifølge projektplanen skal deltage.
Datakilder	Hvert afsnit medbringer ovenstående data til kapacitetskonferencen og data indføres på KK-oversigtsskemaet. Efter hver KK optælles på oversigtstavlen, hvor mange afsnit, der har været tilstede og afgivet alle oplysninger.
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt på afsnitsniveau og medbringes til kapacitetskonferencen (sygehusniveau). Opgøres ugentligt. Rapporteres månedligt. Dataindsamlingen bør tilpasses lokale forhold (fx jf. indikator 1 og 6)
SPC diagram	Seriediagram

Resultatindikatorer

4. Ventetid på en flaskehals for diagnostik og behandling (PAS/Man)

Type	Resultatindikator (om nødvendigt kan DSFP hjælpe med relevant procesindikator)
Obligatorisk eller valgfri	Det obligatorisk at hvert sygehus udvælger minimum én flaskehals som mål for ambitiøs lokal forbedring. Indikatoren udvælges på baggrund af projektteamets indsigt i lokale flaskehalse samt i overensstemmelse med den lokale flowstyringsgruppe. Dataindsamlingen bør tilpasses lokale forhold.
Målsætning	95 pct.
Tællerdefinition	Patienter eller processer med ventetid under det fastlagte mål. Eksempler: <ul style="list-style-type: none"> • Patienter, der venter mindre end xx minutter på at blive set af læge i akutmodtagelsen

- Patienter, der venter mindre end x timer på behandlingsplan i akutmodtagelsen
- Patienter, der venter mindre end xx min. på akut røntgenundersøgelse og -svar
- Patienter, der venter mindre end xx minutter på svar på akutte blodprøver
- Senge, der står tomme mindre end xx minutter fra en patient er udskrevet til sengen kan modtage en ny patient ('skiftetid')
- Patienter, der venter i mindre end xx minutter fra de er klar på postoperativt afsnit til patienten er modtaget i den relevante sengeafdeling
- Patienter, der venter i mindre end xx minutter fra de er klar på intensiv afdeling (ITA) til patienten er modtaget i den relevante sengeafdeling

Nævnerdefinition	Antal patienter
Datakilder	Afhænger af valgt indikator fx klinisk logistiksystem eller manuel opgørelse.
Dataindsamling og -behandling	Sygehus-, afdelings- eller afsnitsniveau afhængig af valgt indikator. Hvis data opgøres vha. daglig stikprøve anbefales daglig stikprøve på 3 – 5 tilfældige patienter. Er der under seks patienter, der har ventet på den angivne handling indgår alle i stikprøven. Afhængig af stikprøvestørrelsen opgøres indikatoren dagligt eller ugentligt således, at der indgår mindst ti og helst 20 – 40 ventetider i nævneren. Data rapporteres månedligt. Dataindsamlingen bør tilpasses lokale forhold.
SPC diagram	Seriediagram

5. Ventetid på overflytning fra akutafdelingen til en sengeafdeling (PAS/Man)

Type	Resultatindikator*
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk
Målsætning	95 pct. Der findes ikke dansk konsensus om acceptabel ventetid på overflytning fra akutafdelingen til en sengeafdeling (eng.: 'boarding time'). Det er derfor op til det enkelte team at sætte et lokalt mål – enten absolut eller relativt fx <i>'Senest 31.12.2015 er målet at 95 pct. af alle patienter kan overflyttes uden ventetid efter endt behandling i akutafdelingen'</i> eller <i>'Pr. 1.9.2014 venter 50 pct. af patienterne i akutmodtagelsen mere end to timer på overflytning til sengeafdeling. Målet pr. 31.12.2014 er 50 pct. reduktion i andelen af patienter, der venter mere end to timer på</i>

	<i>overflytning. I 2015 er målet en reduktion i andelen af patienter, der venter mere end to timer på 75 pct.'.</i>
Tællerdefinition	Antal patienter, der overflyttes og som venter mindre end det fastlagte mål.
Nævnerdefinition	Antal patienter, der overflyttes.
Datakilder	Hvis data ikke kan udtrækkes af lokale patientadministrative systemer eller kliniske logistiksystemer (fra fx GS, Cetrea, Imatis el.l.) må ventetid på overflytning registreres ved en manuel stikprøve. Dataindsamlingen bør tilpasses lokale forhold.
Dataindsamling og -behandling	Sygehusniveau. Alle patienter i akutafdelingen, der skal indlægges i sengeafdeling, får registreret et tidspunkt for 'klar til overflytning fra akutmodtagelsen' samt et tidspunkt for 'modtaget i sengeafdeling'. På baggrund heraf beregnes det antal minutter patienten venter på overflytning. Hvis data findes i regi af de kliniske logistiksystemer anvendes data herfra. Hvis data skal indsamles manuelt indsamles data dagligt på en stikprøve på fx 3 – 5 tilfældigt udvalgte patienter. Er der under seks indlagte indgår alle i stikprøven. Afhængig af stikprøvestørrelsen opgøres indikatoren dagligt eller ugentligt således, at der indgår mindst ti og helst 20 – 40 indlæggelser i nævneren. Data indsamles dagligt, opgøres ugentligt og rapporteres månedligt.
SPC diagram	Seriediagram

* Indikatorerne 5, 6 og 7 giver tilsammen et billede af, om sygehusets belægningssituation, med andre ord: 'Den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt'. Hvis et sygehus fx beslutter at reducere ventetid på overflytning kan overbelægning i sengeafdelinger samt antal sengedage med patienter i lånesenge fungere som ulempeindikatorer for den proces.

6. Antal sengedage med patienter i 'låneseng' (T → KK)

Type	Resultatindikator*
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk
Målsætning	0
Tællerdefinition	Antal senge, der på en given dag er belagt med patienter, der optimalt ville være bedre hjulpet i en anden afdeling (ofte benævnt 'låneseng').
Nævnerdefinition	Ikke relevant
Datakilder	Manuel optælling fra patientoversigtstavler eller datatræk fra PAS.
Dataindsamling og -behandling	Sygehusniveau. Manuel optælling af patienter i 'låneseng' v. 'person-der-skal-til-kapacitetskonference' på afsnittets patientoversigtstavle efter dagens tavlemøde.

Hvert afsnit medbringer data til kapacitetskonferencen og data indføres på KK-oversigtsskemaet.

Data kan i nogle systemer genereres automatisk som antal senge med uoverensstemmelse mellem 'plejeansvar' og 'behandlingsansvar'.

Eksempel: En patient med en medicinsk diagnose (under ansvar af medicinske læger) ligger på en kirurgisk afdeling (under ansvar af plejepersonale fra kirurgisk afdeling).

Data indsamles dagligt på sygehusniveau. Opgøres ugentligt.

Data rapporteres månedligt.

SPC diagram Seriediagram

* Indikatorerne 5, 6 og 7 giver tilsammen et billede af, om sygehusets belægningssituation, med andre ord: 'Den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt'. Hvis et sygehus fx beslutter at reducere ventetid på overflytning kan overbelægning i sengeafdelinger samt antal sengedage med patienter i lånesenge fungere som ulempeindikatorer for den proces.

7. Andel sengeafdelinger med overbelægning (T → KK)

Type	Resultatindikator*
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk
Målsætning	0
Tællerdefinition	Afsnit på sygehuset, der efter kapacitetskonferencen estimerer en belægningsprocent over 100, dvs. (antal indlagte patienter i en afdeling divideret med det antal sengepladser en afdeling er normeret (eller bemandet) til) x 100. Dataindsamlingen bør tilpasses lokale forhold.
Nævnerdefinition	Alle afdelinger
Datakilder	Kapacitetskonferencens oversigtsskema
Dataindsamling og -behandling	Sygehusniveau. Manuel optælling af antal indlagte patienter i afdelingen v. 'person-der-skal-til-kapacitetskonference' på afsnittets patientoversigtstavle efter dagens tavlemøde. På oversigtsskemaet på kapacitetskonferencen findes allerede data om afsnittets normering. På KK foregår en proces mellem de enkelte deltagere, der kan afhjælpe overbelægning på en afdeling (hvis fx billediagnostisk afdeling kan tilbyde en undersøgelse, så en patient kan udskrives). Når KK er afsluttet optælles det antal afsnit, der stadig forventer overbelægning på trods af indsats fra KK. Data indsamles dagligt, opgøres ugentligt og rapporteres månedligt.
SPC diagram	Seriediagram

* Indikatorerne 5, 6 og 7 giver tilsammen et billede af, om sygehusets belægningssituation, med andre ord: 'Den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt'. Hvis et sygehus fx beslutter at reducere

ventetid på overflytning kan overbelægning i sengeafdelinger samt antal sengedage med patienter i lånesenge fungere som ulempeindikatorer for den proces.

8. Forudsigelighed af gårsdagens plan ('forudsigelighedsprocenten') (T → KK)

Type	Resultatindikator
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk. Dataindsamlingen bør tilpasses lokale forhold.
Målsætning	75 pct.*
Tællerdefinition	De af nævneren, der reelt blev udskrevet inden kl. 14 (individniveau fx Hansen, Jensen og Nielsen)
Nævnerdefinition	De patienter (individniveau) der dagen før blev forudset udskrevet senest kl. 14 (fx Hansen, Petersen, Jensen og Nielsen)
Datakilder	Hvert afsnit/afdeling fører en optegnelse over (fx på 'udskrivelseskemaet'), hvilke patienter de forventer at kunne udskrive en given dag inden kl. 14. Denne liste følger afdelingen op på dagen efter, så man på kapacitetskonferencen kan fortælle, hvor mange af de patienter, der blev forudsagt udskrevet, der rent faktisk blev udskrevet.
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt på afdelingsniveau og rapporteres på sygehusniveau (kapacitetskonferencen). Data opgøres ugentligt på sygehusniveau og rapporteres månedligt.
SPC diagram	Seriediagram

* Dette mål er valgt, da internationale erfaringer viser, at opnå dette niveau af forudsigelighed, kan et akutsygehus forebygge køer i akutmodtagelsen.

9. Patientoplevelser af ventetid under indlæggelse (Afv.)

Type	Resultatindikator
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk (men afventer nærmere afklaring)
Målsætning	<i>Afventer afklaring af målemetode</i>
Tællerdefinition	Antal patienterne, der besvarer et udvalgt spørgsmål om oplevelser under indlæggelse positivt.
Nævnerdefinition	Alle, der besvarer på spørgsmålet
Datakilder	Afventer afklaring
Dataindsamling og -behandling	Sygehusniveau. Den præcise metode samt målehyppighed er under afklaring.
SPC diagram	(Afventer)

10. Medarbejderoplevelser af arbejdsmiljø i akutmodtagelsen (Afv.)

Type	Resultatindikator
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk (men afventer nærmere afklaring)
Målsætning	<i>Afventer afklaring af målemetode</i>
Tællerdefinition	Andel af medarbejdere, der besvarer udvalgt spørgsmål positivt.
Nævnerdefinition	Alle, der besvarer på spørgsmålet
Datakilder	Afventer afklaring
Dataindsamling og -behandling	Sygehusniveau. Afventer nærmere stillingtagen.
SPC diagram	(Afventer)

Strukturindikator

11. Antal månedlige indlæggelser på sygehuset (PAS)

Type	Strukturindikator
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk
Målsætning	Der fastlægges ikke et mål for denne indikator, men tallene følges for at kende grundlaget i projektperioden. En stigning i antallet af patienter bør ikke medføre øget ventetid.
Tællerdefinition	Alle patienter indlagt på sygehuset i alt pr. dag
Nævnerdefinition	Ikke relevant
Datakilder	Patientadministrative systemer
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles, opgøres og rapporteres månedligt
SPC diagram	Seriediagram

Ulempeindikator

12. Andel patienter, der genindlægges indenfor 30 dage (PAS)

Type	Ulempeindikator
Obligatorisk eller valgfri	Obligatorisk
Målsætning	Stabil eller faldende andel af patienter der genindlægges i løbet af projektperioden
Tællerdefinition	Antal patienter, der genindlægges indenfor 30 dage
Nævnerdefinition	Alle patienter, der udskrives
Datakilder	Patientadministrative systemer eller ledelsesinformationssystemer.

	Sygehusene anvender de data om genindlæggelser som de allerede registrerer. Der ønskes således ikke nye opgørelser af genindlæggelser i forhold til de data sygehusene allerede anvender.
Dataindsamling og -behandling	Sygehusniveau. Disse data indsamles allerede på akutsygehusene. Data herfra indsamles af den dataansvarlige og præsenteres månedligt til dette projekt.
SPC diagram	Seriediagram
